



HAL
open science

L'ostéopathie : influence sur l'accouchement

Manon Martin

► **To cite this version:**

Manon Martin. L'ostéopathie : influence sur l'accouchement. Gynécologie et obstétrique. 2015.
dumas-01218584

HAL Id: dumas-01218584

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01218584>

Submitted on 6 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**L'OSTEOPATHIE :
Influence sur l'accouchement**

Etude descriptive monocentrique exposés-non exposés
réalisée au Centre Hospitalier d'Aubagne

Présenté et publiquement soutenu

Le 22 Avril 2015

Par

MARTIN Manon
Née le 26 juillet 1991

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2014/2015

Membres du jury :

- Boissier, Estelle, sage-femme enseignante (directeur de mémoire)
- Grulier, Adeline, sage-femme
- Riquet, Sébastien, sage-femme enseignant

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

L'OSTEOPATHIE : Influence sur l'accouchement

Etude descriptive monocentrique exposés-non exposés
réalisée au Centre Hospitalier d'Aubagne

Martin Manon
26 juillet 1991

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-
Femme**

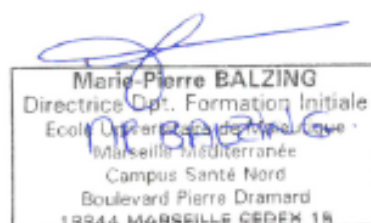
Année universitaire 2014-2015

Validation 1^{ère} session 2015 : Oui

Mention : Bien

Validation 2^{ème} session 2015 :

Visa et tampon de l'école



L'OSTEOPATHIE :
Influence sur l'accouchement

*Etude descriptive monocentrique
exposés-non exposés réalisée
au Centre Hospitalier
d'Aubagne*



Remerciements [...]

Dans un premier temps, je souhaite remercier Estelle Boissier ainsi que Michel Ciccotti qui ont cru en mon projet et qui m'ont permis de le mener à terme. Ils m'ont ouvert les yeux sur une profession qui m'intriguait et me passionnait en même temps.

Dans un deuxième temps, je souhaite remercier la maternité d'Aubagne, en particulier Mme Degez et toutes les sages-femmes de l'équipe qui ont pris le temps de distribuer mes questionnaires durant ces longs mois et sans qui cette étude n'aurait pas eu lieu.

Je souhaite remercier par la suite Nicolas Guibert, qui a été présent, à l'écoute et surtout d'une aide précieuse pour mes statistiques.

Pour finir, je remercie du plus profond de mon cœur ma famille, mes amis et mon cher et tendre, qui depuis plus d'un an, qu'ils le veuillent ou non, vivent ce voyage dans le monde de l'ostéopathie avec moi.

Sommaire

I.	Introduction à l'étude	.....	p 1
II.	Matériels et méthode	.....	p 6
	1. Définition du protocole d'étude		
	2. Définition de la population étudiée		
	3. Définitions des variables mesurées		
	4. Modalités pratiques du recueil de données		
III.	Résultats	.....	p 9
	1. Description de la population étudiée		
	2. Résultat principal de l'étude		
IV.	Analyse et discussion	.....	p 17
	1. Analyse		
	2. Discussion		
V.	Conclusion de l'étude	.....	p 24
	Bibliographie	.....	p 25
	Annexes	.....	p 27
	Glossaire	.....	p 48

I. Introduction à l'étude

L'enquête nationale périnatale de 2010 met en avant le risque de **surmédicalisation** en obstétrique. Ce risque est basé sur une augmentation aussi bien du nombre de consultations et d'échographies, que du recours à une péridurale ou une rachianesthésie pendant le travail, qu'un déclenchement du travail. Il est à noter aussi, que plus de la moitié des femmes ont eu un travail dirigé (rupture artificielle de la poche des eaux, injection d'ocytociques), et qu'il y a eu une légère augmentation des accouchements par voie basse opératoire et des césariennes. En ce qui concerne le taux d'épisiotomie, il a tendance à diminuer mais persiste tout de même. [1]

Parallèlement se sont développées des recommandations pour répondre aux attentes des couples, comme l'entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois qui permet l'élaboration du projet de naissance, ainsi que des cours de préparation à la naissance et à la parentalité qui permettent de satisfaire aux besoins des couples quand à une information et une écoute plus accrues et qui permettent aux femmes d'être pleinement actrices de leurs grossesses et surtout de leurs accouchements. [2]

Dans la même logique, il s'est développé au sein des maternités : des espaces physiologiques, des salles natures ou encore des maisons de naissance. On remarque que les maternités qui proposent ces « alternatives à la médicalisation » attirent un public croissant et se développent au détriment des maternités qui n'en proposent pas, ce qui appuie bien une demande des parents pour des approches moins médicalisées. [3]

On parle « d'engouement pour le retour au naturel versus l'hyper-interventionnisme aux différents temps de l'accouchement avec des indications abusives de certains actes ». [4]

D'où l'apparition de l'ostéopathie comme une solution alternative et complémentaire en obstétrique, même si elle est encore largement sous-estimée, mal évaluée dans ses vastes indications et méconnue dans le milieu médical. [5]

Il est à savoir, que depuis des siècles, les thérapies manuelles sont pratiquées par l'Homme de façon intuitive, on retrouve par exemple en Grèce : Hippocrate de Cos

(460 à 377 avant J.C.), à Rome : Claude Gallien (131-201 avant J.C.), et en Iran : Avicenne (l'An 1000).

Mais l'ostéopathie au sens propre a été créée au siècle dernier aux Etats-Unis par Andrew Taylor Still (1828-1917), un médecin qui remet en question la médecine conventionnelle.

Il affirme que « L'ostéopathie est la science ou système de guérison qui met l'accent sur : - le diagnostic des malades par des méthodes physiques avec l'objectif de découvrir non pas les symptômes, mais les causes de la maladie [...]; - le traitement de la maladie par des manipulations scientifiques par lesquelles le médecin traitant utilise et applique mécaniquement les ressources inhérentes de l'organisme soit en enlevant, soit en corrigeant les désordres mécaniques, pour surmonter la maladie et établir la santé [...] ». [6]

Etymologiquement, le terme ostéopathie signifie la « voie de la structure », c'est à dire la voie par laquelle on peut traiter les malades afin de les aider à retrouver leur état physiologique pré-existant.

C'est une médecine manuelle qui traite l'ensemble du corps par des techniques manipulatives douces délicates et précises. On parle de médecine, car l'ostéopathie est bien un « art de soigner », qu'elle repose sur des bases solides d'anatomie et de physiologie, et qu'elle s'inscrit pleinement dans le cadre de la santé durable.

L'ostéopathie est donc un art qui s'occupe de déterminer et de traiter les systèmes déséquilibrés du corps, c'est une discipline holistique, à la fois globale et analytique. Toutefois la définition et l'approche de l'ostéopathie évolue au cours du temps.

Il existe trois grands principes [6]

- le principe de **globalité**
- le principe de **causalité**
- le principe de **vitalité**

Le principe de globalité met en avant l'unité du corps, c'est-à-dire qu'une lésion ostéopathique qui est une restriction totale ou partielle de la mobilité, peut avoir un retentissement sur la fonction de cette structure et/ou sur d'autres structures et leurs fonctions. D'où la notion de chaîne lésionnelle, de cascade de douleur.

Le principe de causalité s'appuie sur le fait que « la structure gouverne sur la fonction », mais qu'elles sont mutuellement et réciproquement interdépendantes.

Le principe de vitalité, quand à lui, s'appuie sur la notion d'homéostasie, sur le fait que « la vie c'est le mouvement », c'est-à-dire qu'un ralentissement du mouvement entraîne la stase, et que la stase finale est la mort.

En 1987, est rédigé la Convention Européenne Ostéopathique de Bruxelles qui définit l'ostéopathie comme « une science, un art et une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution ». [7]

Ce n'est qu'en 2002 qu'apparaît une reconnaissance sociale et légale de l'ostéopathie dans la **loi Kouchner**, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [Annexe I]

En 2005, se tient le Congrès Mondial des Ostéopathes de WOHO (*World Osteopathic Health Organisation*) à Paris, qui pose les bases d'une ostéopathie mondiale, intégrée dans le cadre du développement durable en matière de santé.

Il faudra attendre 2007 pour qu'apparaissent les **décrets d'application**, qui définissent entre autres : la formation et les limites de l'ostéopathie. [Annexe II]

La formation officielle est de six ans, organisée en trois cycles; mais de nombreuses structures proposent d'autres formations en ostéopathie du fait de l'apparition tardive des décrets d'application.

En ce qui concerne la prise en charge, il faut savoir que le diagnostic ostéopathique repose sur une anamnèse exhaustive et un examen ostéopathique (ensemble de tests palpatoires spécifiques et des tests de mobilité). Le but étant de chercher des zones de restriction du mouvement susceptible d'altérer l'état de santé du patient.

C'est une thérapie préventive et curative, avec une recherche du geste minimum, indispensable et bienfaisant. Le nombre de séances ainsi que les techniques sont variés, mais l'objectif reste le même : redonner du mouvement, relancer l'homéostasie pour le bien être du patient.

La profession n'étant pas réglementée, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de prise en charge par les assurances sociales, mais un nombre croissant de mutuelles participe aux soins. Quand au prix d'une consultation, il varie de 45 à 65 € en fonction de la zone géographique et de l'implantation professionnelle.

En ce qui concerne maintenant la pratique ostéopathique chez la femme enceinte, il est à noter que l'ostéopathe peut intervenir à tout moment de la grossesse pour des motifs allant du désir de grossesse, à une lombalgie, ou encore à une préparation à l'accouchement. Mais plus il intervient tôt, plus son action sera efficace et durable.

« **L'autonomie et le bien être de la patiente est une priorité** » Anne Macquet, ostéopathe et sage femme.

Il faut savoir qu'ostéopathes et sages-femmes ont la même préoccupation d'aider et de servir la vie, de ce fait qu'est-ce qui empêcherait l'ostéopathie de s'inscrire au niveau obstétrical à partir du moment où elle améliore le confort de la patiente ?

Le travail ostéopathique s'intègre et complète le suivi de la grossesse faite par l'équipe médicale. C'est donc une approche complémentaire de la médecine classique, avec des objectifs communs : préserver la bonne santé de la femme et de l'enfant, optimiser le bon déroulement de la grossesse, préparer le corps et l'esprit à vivre un accouchement dans les meilleures conditions. [8]

Une question se pose :

En quoi l'ostéopathie est-elle un moyen de préparation à la naissance ?

Jean Marie BRIAND, Ostéopathe D.O., expose les faits suivants : « pendant la grossesse la croissance utérine entraîne un déséquilibre antérieur qui aboutit à un véritable surmenage de l'ensemble des muscles assurant le haubanage postural du corps. L'ostéopathie représente alors une approche de choix dans l'accompagnement de cette mutation posturale le plus souvent inconfortable. De plus un grand nombre des symptômes fonctionnels de la grossesse trouvent justement leur source dans cette évolution posturale, qu'ils soient musculaires, neurovégétatifs ou digestifs. Il est cependant important à noter que l'approche ostéopathique, puisqu'elle répond à une évolution posturale, donc globale du corps de la femme enceinte, **ne peut se limiter à**

une préparation tissulaire du bassin, mais doit intégrer l'ensemble du corps de la patiente ». [9]

L'hypothèse de départ de ce mémoire étant l'existence d'un lien entre l'ostéopathie et le déroulement de l'accouchement, une question de recherche s'est donc posée : « Quels sont les effets d'un traitement ostéopathique pendant la grossesse sur les modalités d'accouchement ? ».

Les objectifs de cette étude étant d'observer et évaluer les effets d'une prise en charge ostéopathique pendant la grossesse sur les modalités d'accouchement.

II. Matériels et méthode

1. Définition du protocole d'étude

L'objectif de recherche était « d'observer et d'évaluer les effets d'un traitement ostéopathique pendant la grossesse sur les modalités d'accouchement ».

L'étude a consisté en une recherche d'observation rétrospective et mono centrique, de type exposé / non exposé.

Plus exactement, l'étude a été menée à la maternité du Centre Hospitalier (CH) d'Aubagne sur une période s'étendant du mois de Mars 2014 au mois de Septembre 2014.

Le choix de réaliser une étude analytique, plus particulièrement une étude d'observation, a reposé sur le fait de comparer deux groupes pour mettre en évidence un lien entre l'ostéopathie et les modalités d'accouchement.

Le groupe « exposé » est défini par une prise en charge ostéopathique pendant la grossesse, contrairement au groupe « non-exposé ».

La recherche a été rétrospective du fait des critères d'inclusion et de non-inclusion qui dépendaient de l'accouchement, soit les données ne pouvaient être recueillies qu'à posteriori, dans le post-partum.

2. Définition de la population étudiée

La sélection de la population s'est faite selon les critères suivants :

- **Critères d'inclusions**
 - grossesse d'évolution normale
 - grossesse unique
 - mise en travail spontanée
 - accouchement à terme [37 - 41 SA]
 - présentation céphalique

➤ **Critères de non-inclusion**

- terme incertain
- grossesse à risque
- déclenchement
- utérus cicatriciel
- contre-indications à la voie basse (utérus cicatriciel, présentations dystociques, anomalies fœtales)
- césariennes programmées
- accouchement prématuré ou post-terme
- interruption médicale de grossesse

L'effectif de la population était de 145 patientes, dont 45 exposées et 90 non exposées.

L'effectif de la population des non exposées avait été préalablement choisi double par rapport à la population des exposées.

Des sous-groupes ont été constitués au sein des deux populations pour comparer dans un premier temps les primipares, et dans un deuxième temps les multipares.

3. Définition des variables mesurées

Les différentes variables mesurées sont regroupées dans trois catégories :

➤ **Caractéristiques de la dilatation**

- durée du travail
- utilisation d'ocytocine
- anesthésie
- postures pendant le travail
- couleur du liquide amniotique : clair (LAC), teinté (LAT), méconial (LAM)

➤ **Caractéristiques de l'expulsion**

- durée des efforts expulsifs (DEE)
- mode d'accouchement : voie basse (VB), césarienne (césar)
- extractions instrumentales : utilisation de ventouses ou de spatules
- épisiotomie
- déchirures périnéales

- type délivrance : naturelle complète (DN), dirigée (DD), artificielle (DA)

➤ **Caractéristiques néonatales et fœtales**

- rythme cardiaque fœtal (RCF) : normo-oscillant normo-réactif (NONR), ou anomalies (ARCF)

- APGAR à 1, 5 et 10 minutes

4. Modalités pratiques du recueil de données

Le recueil de données est basé sur les dossiers médicaux et sur des questionnaires qui avaient été distribués à toutes les accouchées dans le service de suites de couches.

Le questionnaire [**Annexe III**] a permis de recueillir les informations manquantes dans les dossiers médicaux, comme le mode de vie des patientes (sport, travail), le déroulement de la grossesse (cours de préparation à la naissance et à la parentalité, massage du périnée), et s'il y a eu une ou plusieurs séance(s) ostéopathique(s).

Au préalable, le questionnaire et la grille de recueil ont été testés sur une vingtaine de patientes pendant un mois, et aucune modification n'a été apportée.

Ce n'est qu'après la lecture des dossiers médicaux, que les femmes ont pu être incluses à l'étude selon les critères d'inclusion décrits précédemment.

En ce qui concerne l'analyse statistique, des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire la population générale.

Les p-values inférieures ou égales à 0.05 étaient considérées comme significatives.

Pour les analyses **bivariées**, les comparaisons de pourcentage ont été effectuées à l'aide du test exact de Fisher, et les comparaisons de moyenne ont été effectuées à l'aide du test de Student.

Les analyses **multivariées** ont été effectuées en utilisant une régression logistique.

En statistique, les analyses bivariées s'intéressent à la comparaison de deux variables, alors que les analyses multivariées ont pour caractéristique de s'intéresser à la distribution conjointe de plusieurs variables.

III. Résultats

1. Description de la population étudiée

1.1. Population générale

	Exposés	Non exposés	Total
Primipares	22	41	63
Multipares	23	49	72
Total	45	90	135

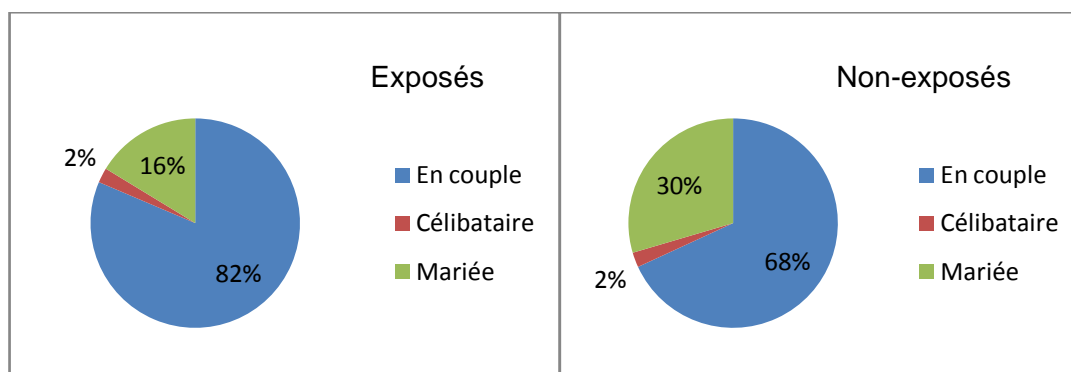
Variables quantitatives

	Exposés			Non exposés		
	n	x	s	n	x	s
✓ Age	45	30	4.6	90	28	5.3
✓ IMC	35	21	3.3	70	22	4.5
✓ Prise pds	31	11	3.9	51	10	4.3

n : nombre total d'individus de l'échantillon
x : moyenne arithmétique (arrondie à l'unité)
s : écart type

Variables qualitatives

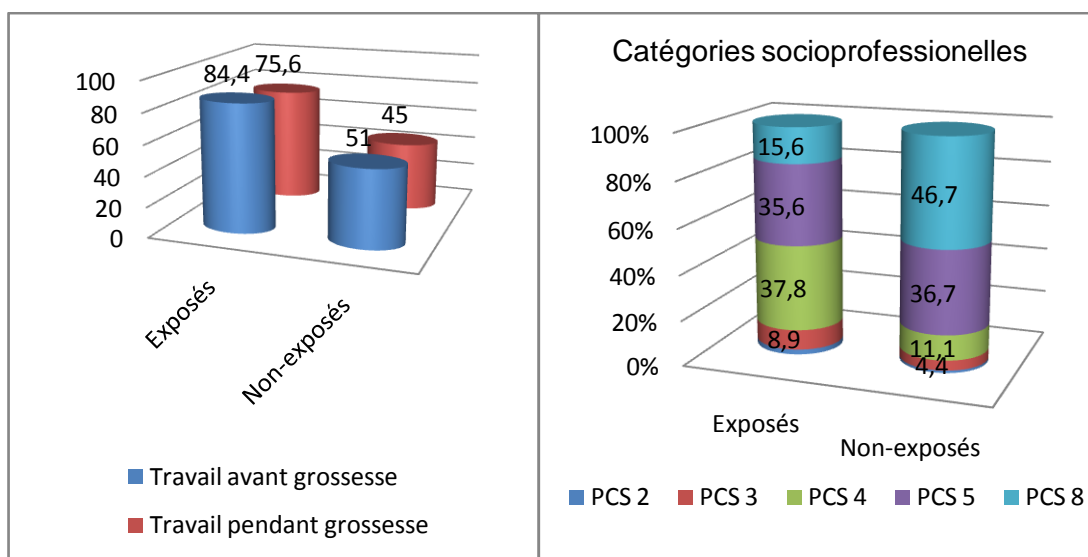
✓ Situation familiale



Chez les exposés, 98 % des femmes étaient soit mariées soit en couple.

Chez les non exposés, 98 % des femmes étaient soit mariées soit en couple.

✓ Situation professionnelle



Chez les exposés, 84.4 % des femmes travaillaient avant la grossesse, et 75.6 % ont continué pendant la grossesse.

Chez les non exposés, 56.7 % des femmes travaillaient avant la grossesse, et 50 % ont continué pendant la grossesse.

Classification des catégories socioprofessionnelles (PCS), INSEE [10]

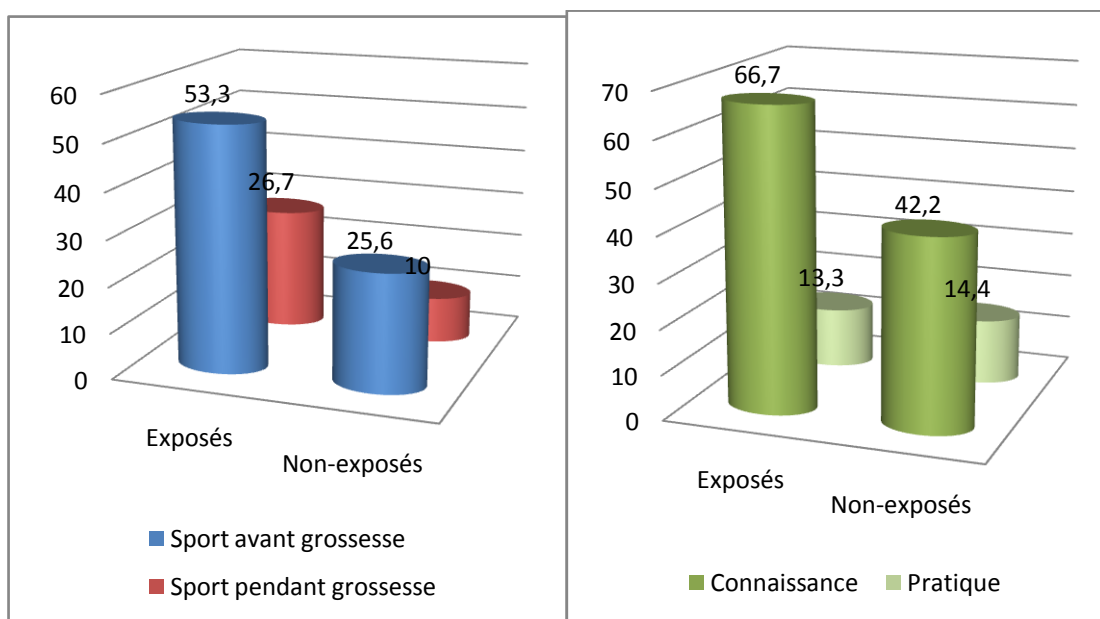
- PCS 1 : agriculteurs, exploitants
- **PCS 2** : artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- PCS 3 : cadres et professions intellectuelles supérieures (libérales, professeurs, professions scientifiques, professions de l'information, des arts et des spectacles
- **PCS 4** : professions intermédiaires (salariés du public, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise)
- **PCS 5** : employés
- PCS 6 : ouvriers
- PCS 7 : retraités
- **PCS 8** : autres personnes sans activité professionnelle

Chez les exposés, 37.8 % des femmes avaient des professions intermédiaires, 35.6 % étaient des employés, 15.6 % étaient sans emploi et 8.9 % avaient des professions intellectuelles supérieures.

Chez les non exposés, 46.7 % des femmes étaient sans emploi, 36.7 % étaient des employés, 11.1 % avaient des professions intermédiaires et 4.4 % avaient des professions intellectuelles supérieures.

✓ Activité sportive

Massage du périnée



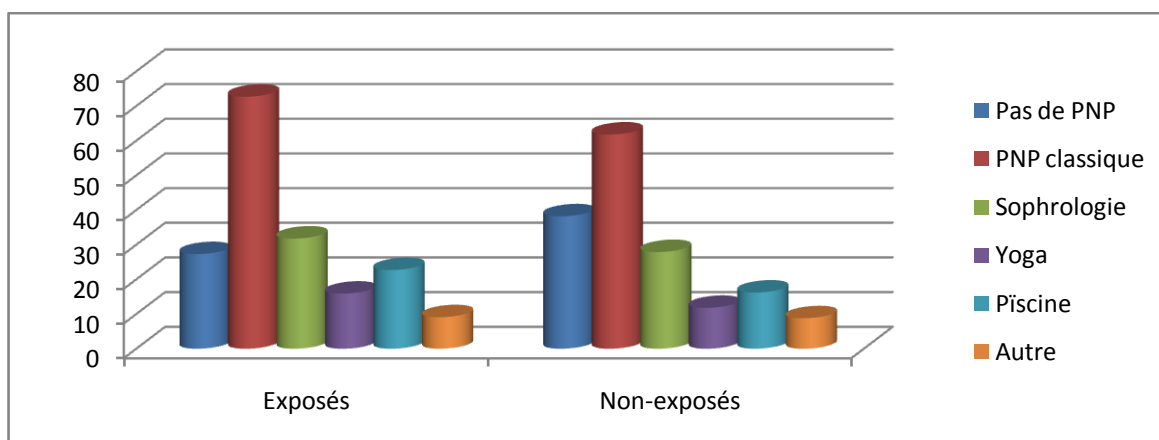
Chez les exposés, 53.3 % des femmes pratiquaient une activité sportive avant la grossesse, et 26.7 % ont continué pendant la grossesse.

Chez les non exposés, 25.6 % des femmes pratiquaient une activité sportive avant la grossesse, et 10 % ont continué pendant la grossesse.

Chez les exposés, 66.7 % des femmes avaient connaissance du massage du périnée, et 13.3 % l'ont pratiqué pendant la grossesse.

Chez les non exposés, 42.2 % des femmes avaient connaissance du massage du périnée, et 14.4 % l'ont pratiqué pendant la grossesse.

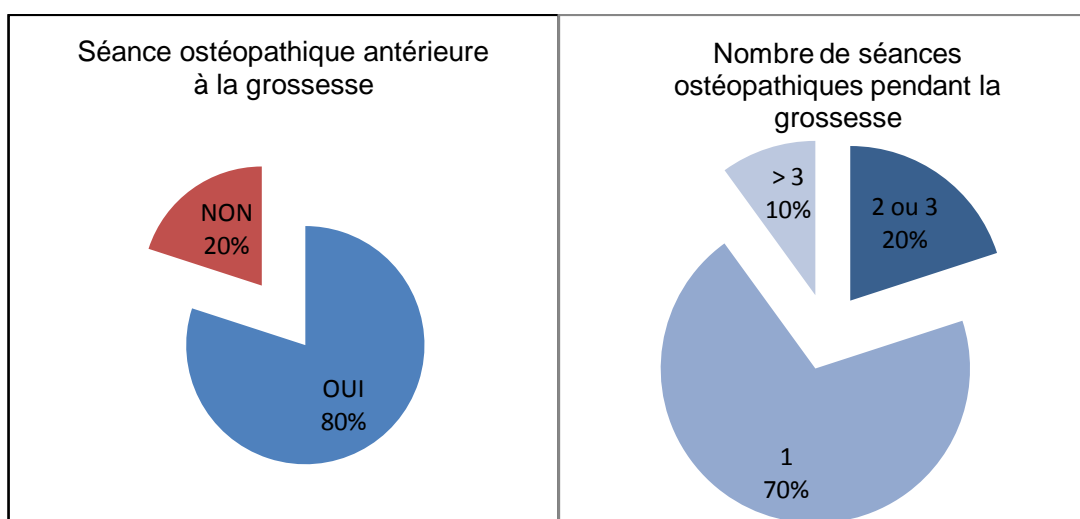
✓ Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)



Chez les exposés, 27.3 % des femmes n'avaient pas suivi des cours de PNP pendant la grossesse, alors que 72.7 % avaient suivi une PNP classique, 31.8 % avaient fait de la sophrologie, 22.7 % avaient fait une préparation piscine, 15.9 % avaient fait du yoga, et 9.1 % avaient suivi un autre type de préparation.

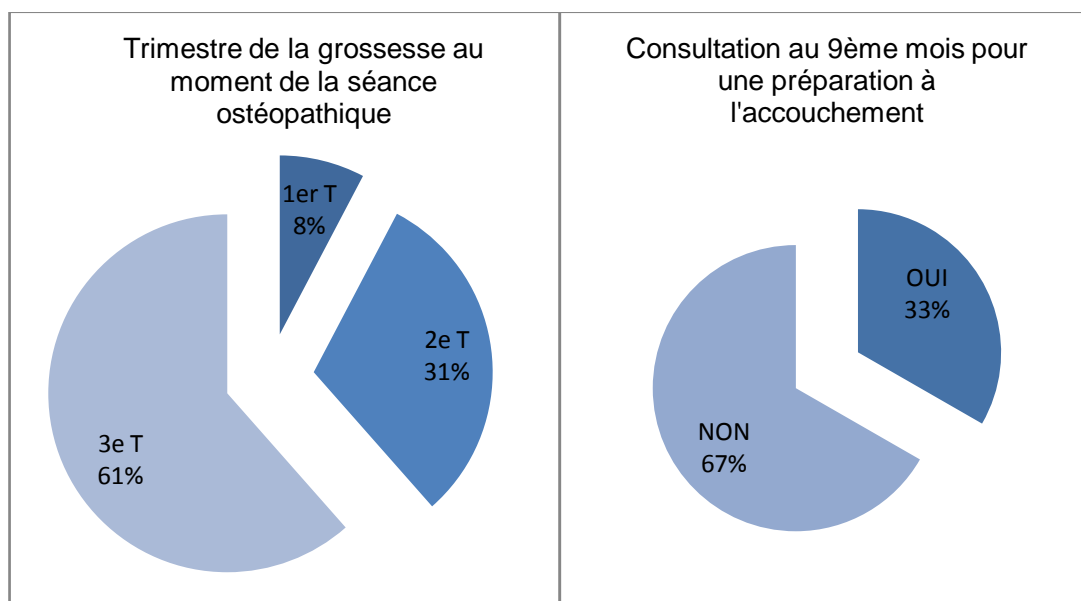
Chez les non exposés, 38.2 % des femmes n'avaient pas suivi des cours de PNP pendant la grossesse, alors que 61.8 % avaient suivi une PNP classique, 27.9 % avaient fait de la sophrologie, 16.2 % avaient fait une préparation piscine, 11.8 % avaient fait du yoga, et 8.8 % avaient suivi un autre type de préparation.

1.2. Population exposée



80 % de la population exposée avait déjà consulté un ostéopathe avant la grossesse.

70 % de la population exposée n'a consulté qu'une seule fois pendant la grossesse, contre 20 % pour deux ou trois séances, et 10 % pour plus de trois séances.



61 % de la population exposée a consulté au 3^{ème} trimestre de la grossesse, contre 31 % au 2^{ème} trimestre et 8 % au 1^{er} trimestre.

Pour finir, 33 % de la population exposée a consulté pour une préparation à l'accouchement.

2. Résultat principal de l'étude

Analyses multivariées en fonction de la pratique ostéopathique et de la parité.

2.1. Chez les primipares :

- ✓ Caractéristiques de la dilatation

	Exposés		Non-exposés		p
	x	s	x	s	
Durée du travail (h)	6.5	2.5	7.1	2.5	0.38

	Exposés	Non-exposés	p
Utilisation d'ocytocine	27.3 %	53.7 %	0.06
Anesthésie (Péri, Rachi, AG)	90.9 %	97.5 %	0.29
Postures durant travail			0.72
- aucune	13.6 %	7.3 %	
- différentes positions	81.9 %	85.4 %	
- mobilité	4.5 %	7.3 %	
Couleur LA			1.00
- clair	90.5 %	90.2 %	
- teinté	9.5 %	7.3 %	
- méconial	0 %	2.4 %	

✓ Caractéristiques de l'expulsion

	Exposés		Non-exposés		p
	x	s	x	s	
DEE (minutes)	30	13.5	25	12.7	0.23

	Exposés	Non-exposés	p
Mode d'accouchement			1.00
- voie basse	90.9 %	92.7 %	
- césarienne	9.1 %	7.3 %	
Extraction instrumentale	13.6 %	14.6 %	1.00
Episiotomie	20 %	21.1 %	0.83
Déchirure périnéale	60 %	52.6 %	
Type de délivrance			0.74
- DN	0 %	2.5 %	
- DD	90.5 %	92.5 %	
- DA	9.5 %	5 %	

✓ Caractéristiques néonatales et fœtales

	Exposés	Non-exposés	p
RCF : NONR	86.4 %	80.5 %	0.73
APGAR 1' : 10	68.2 %	70.7 %	0.95
APGAR 5' : 10	95.5 %	87.8 %	0.73
APGAR 10' : 10	95.5 %	87.8 %	0.08

2.2. Chez les multipares :

✓ Caractéristiques de la dilatation

	Exposés		Non-exposés		p
	x	s	x	s	
Durée du travail (h)	3.5	1.7	4.0	1.9	0.60

	Exposés	Non-exposés	p
Utilisation d'ocytocine	56.5 %	55.1 %	1.00
Anesthésie (Péri, Rachi, AG)	69.6 %	68.8 %	1.00
Postures durant travail			0.49
- aucune	4.5 %	2.1 %	
- différentes positions	72.8 %	60.5 %	
- mobilité	22.7 %	37.4 %	
Couleur LA			1.00
- clair	91.3 %	89.6 %	
- teinté	8.7 %	10.4 %	
- méconial	0 %	0 %	

✓ Caractéristiques de l'expulsion

	Exposés		Non-exposés		p
	x	s	x	s	
DEE (minutes)	13.7	9.4	13.3	11.6	0.89

	Exposés	Non-exposés	p
Mode d'accouchement			1.00
- voie basse	100 %	95.9 %	
- césarienne	0 %	4.1 %	
Extraction instrumentale	0 %	6.1 %	1.00
Episiotomie	0 %	6.4 %	0.03
Déchirures périnéale	79.3 %	57.5 %	
Type de délivrance			1.00
- DN	4.3 %	4.5 %	
- DD	95.7 %	93.2 %	
- DA	0 %	2.3 %	

✓ Caractéristiques néonatales et fœtales

	Exposés	Non-exposés	p
RCF : NONR	95.7 %	91.8 %	1.00
APGAR 1' : 10	87 %	85.7 %	0.88
APGAR 5' : 10	91.3 %	91.8 %	0.85
APGAR 10' : 10	91.3 %	95.9 %	0.49

IV. Analyse et discussion

1. Analyse

La population générale de l'étude est caractérisée par des **femmes à bas risque obstétrical**, du fait que l'étude se déroule dans une maternité de niveau un et que toutes les grossesses à risque aient été exclus.

La population exposée est définie par des **femmes plus âgées** (en moyenne 30 ans contre 28 ans chez les non-exposés), appartenant à une **catégorie socioprofessionnelle plus élevée** (8,9 % de professions intellectuelles supérieures et 37,8 % de professions intermédiaires contre respectivement 4,4 % et 11,1 % chez les non exposés), et à des femmes considérées comme plus « **actives** » du fait de leurs travaux et de leurs activités sportives (travail : 84,4 % avant la grossesse et 75,6 % pendant la grossesse contre respectivement 56,7 % et 50 % chez les non-exposés; sport : 53,3 % avant la grossesse et 26,7 % pendant la grossesse contre respectivement 25,6 % et 10 % chez les non-exposés).

De plus, il est à noter une hausse du nombre de femmes qui ont suivi des cours de PNP (72,7 % contre 61,8 % chez les non-exposés), et qui ont connaissance du massage du périnée, mais il n'y a pas eu plus de femmes qui l'ont pratiqué.

En ce qui concerne l'ostéopathie, ce sont des femmes qui avaient connaissance de la pratique ostéopathique (80 % avaient consulté avant leurs grossesses), qui n'ont consulté qu'une seule fois pendant la grossesse (70 %), et le plus souvent au troisième trimestre (61 %) pour des motifs précis (dans 67 % des cas) contre une minorité pour une préparation pour l'accouchement (33 %).

Le fait de n'avoir consulté qu'une fois pendant la grossesse montre qu'une séance d'ostéopathie a suffi à traiter le motif de consultation, et le fait que les consultations aient lieu en majorité au troisième trimestre est en lien avec la modification corporelle de la fin de la grossesse qui engendre de multiples gênes voire même douleurs.

C'est donc une population plus âgée mais plus active, peut-être plus à l'écoute de son corps, et surtout plus informée vis-à-vis de l'ostéopathie.

Chez les primipares, il est retrouvé un **taux faible d'utilisation d'ocytocine** durant le travail de manière significative (27,3 % contre 53,7 % chez les non-exposés),

ainsi qu'un APGAR à dix minutes de vie à 10 dans une quasi-totalité des cas (95,5 % contre 87,8 % chez les non-exposés).

De manière non significative, il est tout de même retrouvé une diminution de la durée du travail, une baisse du taux de péridurale, un liquide amniotique clair avec un rythme normo-oscillant normo-réactif (bonne adaptation fœtale et néonatale) et un accouchement voie basse dans une très grande majorité des cas, ainsi qu'une légère baisse du taux d'extractions instrumentales et d'épisiotomies, mais une légère augmentation de la durée des efforts et expulsifs et des déchirures périnéales.

L'ostéopathie aurait donc un effet fort probable sur le déroulement du travail, basé sur un faible taux de travaux dirigés, et par hypothèse une diminution des dystocies dynamiques et mécaniques. De plus, elle aurait aussi un effet probable sur l'amélioration de l'état général du nouveau-né à la naissance.

Chez les multipares, il est retrouvé un **taux nul d'épisiotomies** (0 % contre 6,4 % chez les non-exposés), mais un taux plus élevé de déchirures périnéales (79,3% contre 57,5 % chez les non-exposés).

De manière non significative, il est tout de même retrouvé une diminution de la durée du travail, un liquide amniotique clair avec un rythme normo-oscillant normo-réactif (bonne adaptation fœtale et néonatale) et un accouchement voie basse dans une très grande majorité des cas, ainsi qu'un taux nul d'extractions instrumentales, mais une légère augmentation de la durée des efforts expulsifs et du taux d'utilisation d'ocytocine.

L'ostéopathie aurait donc un effet protecteur vis-à-vis des épisiotomies.

Il n'est retrouvé que très peu de résultats significatifs dans cette étude, du fait du faible effectif de la population d'une part, et du grand nombre de facteurs de confusion.

Ce **biais de confusion** est défini par l'âge, l'IMC, le milieu socio-économique, l'état psychologique, l'activité professionnelle, la pratique sportive, le suivi d'une PNP, ou tout autre facteur qui pourrait influencer le déroulement de l'accouchement.

Il existe un **biais de sélection** car l'étude étant monocentrique dans une maternité de niveau un, seules les femmes présentant une grossesse à bas risque ont été

observées. De plus, seules les femmes parlant et comprenant le français ont été incluses dans l'étude.

Il existe de même un **biais d'information**, car l'état psychologique ainsi que le ressenti de la patiente vis-à-vis de l'accouchement (peur, angoisse, anxiété) n'ont pas été relevés et peuvent s'avérer des facteurs de confusion, et puis la position d'accouchement qui peut jouer un rôle sur l'expulsion n'était pas notifiée dans les dossiers.

Les limites de l'étude sont de deux types, de n'avoir pu observer que des grossesses à bas risque obstétrical, et de ne pas s'être intéressé au ressenti des femmes vis-à-vis de la prise en charge ostéopathe, de leur grossesse et de leur accouchement.

C'est une étude basée sur l'observation, la constatation et la comparaison; et non pas une étude randomisée à double aveugle.

Une population plus importante aurait peut être permis d'en tirer une conclusion se basant sur des résultats significatifs et pertinents.

En sachant que même à plus grand échelle, une étude randomisée à double aveugle ne peut pas être réalisée du fait que l'ostéopathe a obligatoirement connaissance du traitement ostéopathe qu'il délivre, mais une étude à simple aveugle (patient ignorant s'il a bénéficié d'un traitement) sur une plus grande population permettrait d'avoir des résultats significatifs et d'en tirer une conclusion.

Une étude de l'INSERM, publiée en décembre 2014 sur « les grossesses à bas risque » [11], met en avant que sur 9 530 femmes à bas risque enquêtées, dont la grossesse ne présentait pas de complications, 10 % ont eu recours à une césarienne, 15 % à une extraction instrumentale et 20 % à une épisiotomie.

Par comparaison, en faisant la moyenne des taux chez les primipares et les multipares dans la population exposée, on retrouve une **forte diminution du taux de césariennes, d'extractions instrumentales et d'épisiotomies** (respectivement 4,4 %, 6,7 % et 9,3 %).

Chez les primipares, les résultats nationaux étaient de 17 % de césariennes, 30 % d'extractions instrumentales et de 35 % d'épisiotomies; comparativement beaucoup

plus élevés que les résultats dans la population exposée respectivement de 9,1 %, 13,6 % et 20 %.

Vis-à-vis de la littérature, les résultats sont plus ou moins en accord avec ceux mis en avant dans différentes études. Il est retrouvé une **diminution de la durée du travail** ainsi qu'une **diminution du taux d'extractions instrumentales** chez les femmes ayant bénéficié d'un traitement ostéopathique.

Dans une première étude, il est retrouvé un temps de travail chez la primipare de 9h54 au lieu de 21h06 et chez la multipare de 6h19 au lieu de 11h41. [12]

Dans une seconde étude, il est retrouvé un temps de travail chez la primipare de 9h20 au lieu de 15h et chez la multipare de 5h au lieu de 9h, ainsi qu'un taux d'extractions instrumentales de 3 % largement inférieur au taux national qui varié de 6 % à 18 % dans la population générale. [13]

De même, il est retrouvé une **diminution du taux de péridurale**, du taux de **liquide méconial**, et du taux d'**épisiotomies**.

La diminution du taux de péridurale a été observée dans une étude comparant le traitement d'une lombalgie, soit par traitement ostéopathique soit par placebo. [14]

La diminution du taux du liquide méconial ainsi que du taux d'épisiotomies ont été mises en évidence de manière significative dans deux études distinctes. [15] [16]

De plus, des études mettent en avant une **diminution de la mortalité maternelle** [17], et une **diminution des accouchements prématurés** [15] chez les femmes traitées par ostéopathie pendant leur grossesse.

2. Discussion

Les résultats de l'étude, ainsi que les résultats mis en évidence dans la littérature, indiquent que le traitement ostéopathique pendant la grossesse a tendance à **influencer positivement le cours de la naissance** de manière objective, mécanique, c'est-à-dire par une diminution de la durée du travail et une diminution des interventions médicales pendant le travail.

De manière subjective, vis-à-vis de la qualité de vie et du ressenti de la grossesse et de l'accouchement, il a été observé une **amélioration de l'homéostasie et de la qualité de vie** pendant la grossesse dans une première étude. [18]

Dans une seconde étude, il a été mis en avant, chez les femmes traitées par ostéopathie, une amélioration de leur état général, une meilleure écoute de leurs corps, une diminution de l'angoisse, et une attitude plus détendue vis-à-vis de l'accouchement. [16]

Dans deux mémoires réalisés par des étudiantes sages-femmes sur l'ostéopathie, il a été décrit un **soulagement** et une **amélioration de l'état général** suite à une séance ostéopathique. Les résultats dévoilent un taux de satisfaction de 100 % des patientes, un soulagement immédiat après la séance dans 82 % des cas, et une amélioration à long terme est ressentie dans 95 % des cas. [19] [20]

L'ostéopathie jouerait donc un rôle aussi dans « l'optimisation de l'état de grossesse et dans une prédisposition à l'épanouissement de la femme enceinte ». [19]

Outre le fait d'influencer positivement le cours de la naissance, l'ostéopathie permettrait de réaliser pendant la grossesse un **diagnostic prédictif de l'accouchement**, du moins c'est l'hypothèse de Renzo Molinari. [21]

Pour prouver cette hypothèse, il a réalisé un test d'accroupissement, qui est une adaptation du test du losange de Michaelis et qui permet d'évaluer la capacité de passage de la tête fœtale dans le bassin maternel. **[Annexe IV]**

L'expérimentation a été réalisée sur plusieurs milliers de patientes, par l'observation de l'évolution de la déformation du triangle de Michaelis pendant l'accroupissement, permettant de visualiser les restrictions de mobilité et donc les difficultés potentielles aux passages des différents détroits.

L'avantage majeur de cette étude est sa valeur pronostique car si le test est bien réalisé (talons au sol et descente lente), il détermine si la fonction lombo-pelvienne permettra un bon engagement, une bonne descente dans l'excavation et une bonne expulsion.

Ce test permet donc d'orienter la prise en charge ostéopathique en travaillant plus particulièrement les zones de restrictions qui empêchent la libre mécanique du bassin nécessaire à l'accroupissement et donc à l'accouchement.

Suite aux différents liens établis entre l'ostéopathie et l'obstétrique, il semble pertinent de s'interroger sur **l'élaboration de recommandations** permettant d'intégrer cette pratique ostéopathique dans le suivi de la grossesse, et à posteriori au moment de l'accouchement et du post-partum.

L'objectif étant de répondre aux recommandations nationales en obstétrique, aux attentes des femmes, mais aussi aux attentes des sages femmes.

Dans les recommandations de l'HAS concernant la préparation à la naissance et à la parentalité, il est dit que « le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une PNP structurée, dont l'objectif est de contribuer à l'**amélioration de l'état de santé global** des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés». [2]

Ces recommandations proposent une approche plus humaniste prenant en compte les désirs, les émotions et les perceptions de chaque femme ainsi que leur contexte de vie et de leur environnement, tout comme le propose l'approche l'ostéopathe.

Certaines maternités, comme celle du Centre Hospitalier d'Aubagne, ont mis en place des séances ostéopathiques, aussi bien pour les mères que pour les nouveau-nés, dans le pré-partum comme dans le post-partum.

A défaut de ne pouvoir mettre en place des consultations avec des ostéopathes dans toutes les maternités, il semblerait pertinent d'essayer d'intégrer l'ostéopathe dans la prise en charge globale de la femme enceinte.

En ce qui concerne les attentes des sages femmes, il a été établi un souhait d'une « nouvelle relation avec les patientes, de les prendre en charge différemment, en restant dans le cadre de la physiologie ». [22]

Pour répondre à cette demande, de nombreuses formations se sont créées, dont la formation N'FERAÏDO de Dominique Jacquin qui permet une approche concrète du toucher ostéopathe adaptée à la pratique de la sage-femme. [23]

Il y enseigne comment « traiter différents maux de la grossesse, comment intervenir lors d'une stagnation de la dilatation ou d'un défaut d'engagement de la tête fœtale pendant le travail, ou encore comment refermer le bassin, et traiter des tranchées douloureuses dans les suites de couches ».

Il existe aussi des formations à temps partiel ou à temps complet pour accéder au titre d'ostéopathe, et donc bénéficier d'une double formation : sage-femme et ostéopathe.

[Annexe V]

Pour terminer, il semble important que puisse être abordé l'ostéopathie dans les écoles de maïeutique. Elle permettrait aux futures sages-femmes d'avoir un regard différent sur l'obstétrique, de perfectionner leur sens clinique, et donc de répondre de manière plus pertinente aux attentes des femmes.

V. Conclusion

L'ostéopathie est une thérapie manuelle douce, précise, qui s'inscrit autant dans un but préventif que curatif, et qui prend en compte l'être dans sa globalité.

La pratique ostéopathique en périnatalité est vaste, s'intéressant aussi bien à la mère qu'à l'enfant ; et en particulier à « *faciliter l'accouchement* ».

Faciliter l'accouchement par une diminution des interventions médicales, comme une diminution du taux d'utilisation d'ocytocine chez les primipares et un taux nul d'épisiotomies chez les multipares, mais aussi par une diminution du temps de travail et par une meilleure adaptation néonatale, en accord avec la bibliographie.

L'hypothèse de départ concernant la réalité de l'effet thérapeutique de l'ostéopathie sur les modalités d'accouchement ne peut être qu'en partie confirmée du fait du faible nombre de références bibliographiques et du faible effectif de la population dans cette étude.

Néanmoins l'ostéopathie s'imisce de plus en plus en obstétrique, répondant aussi bien aux attentes des femmes enceintes qu'à celles des sages-femmes, ainsi qu'aux recommandations de l'HAS concernant la périnatalité. Elle a tendance à influencer positivement le cours de la naissance, comme il l'a été abordé dans la discussion.

Même si son efficacité demeure encore à prouver de manière scientifique, du fait de sa reconnaissance et de la satisfaction du public, l'ostéopathie devrait pouvoir s'inscrire dans la prise en charge pluridisciplinaire de la femme enceinte.

La population cible étudiée était des femmes considérées à bas risque obstétrical, mais qu'en est-il des grossesses pathologiques ? L'ostéopathie a-t-elle sa place dans ce type de grossesse ? Quelle influence peut-elle avoir ?

Bibliographie

1. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris, 2011 .
2. HAS. Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité, Novembre 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil
3. Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE). Une demande croissante pour approches moins médicalisés. Paris, 2013, communiqué de presse.
4. Ploquin Max. Y aura-t-il encore des accouchements au déroulement naturel en l'an 2000. Nathalie LE GRET. Se préparer à l'accouchement, la naissance, à la parentalité. Paris : ELPEA, 2006.
5. Saby JP. Bien être par l'ostéopathie. Editions Sully. Paris, 2000.
6. Still AT, Littlejohn JM. The journal of the Science of Osteopathy. 1900.
7. Cornillot P. Convention Européenne d'Ostéopathie. Bruxelles, 1987.
8. Macquet A. Dossier grossesse : neuf mois fermes pour l'ostéopathe. L'ostéopathe magazine n°23. Septembre/Octobre/Novembre 2014.
9. Briand JM. L'ostéopathie est-elle un moyen de préparation à la naissance ? Les dossiers de l'Obstétrique n°369. 2008 Mars..
10. INSEE. Institut national de la statistique et des études économiques, mesurer pour comprendre. <http://www.insee.fr>
11. Coulm B, Blondel B. Grossesse à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010. INSERM 2014 décembre ;n°897.
12. Whiting LM. Can the length of labor be shortened by osteopathic treatment? J Am Osteopath Assoc 1911;11:917-921.
13. Hart LM. Obstetrical practice. J Am Osteopath Assoc 1918; 609-614.
14. Guthrie RA, Martin RH. Effet of pressure applied to the upper thoracic (placebo) versus lumbar areas (OMT) for inhibition of lumbar myalgia during labor. J Am Osteopath Assoc 1997; 97:479.
15. King HH, Tettambel MA, Locwood MD, Johnson KH, Arsenault DA, Quist R. Osteopathic Manipulative Treatment in Prenatal Care : a retrospective cas control design study. J Am Osteopath Assoc 2003 December;Vol 103 n°12.
16. Ruspeckhofer M. The influence of osteopathic treatment during gestation into the course of delivery : a comparative study on the frequency of medical intervention during child birth. Master thesis - osteopathy. Donau Universitat Krems 2006 July.

17. Jones M. Osteopathy and obstetrical mortality and stillbirth and infant mortality : Symposium on osteopathy in obstetrics chaired by S.V. Robuck, DO. J Am Osteopath Assoc 1933;33:350-353.
18. Lavelle JM. Osteopathic manipulative treatment in pregnant women. J Am Osteopath Assoc 2012;112:343-346.
19. Dauzié A. Ostéopathie et grossesse. Toulouse, 2008.
20. Coudriau E. Bien être et maternité. Tours, 2005.
21. Bouyssou E. Test d'accroupissement, un diagnostic prédictif de l'accouchement. L'ostéopathe magazine ;n°23. 2014
Septembre/Octobre/Novembre.
22. Corbel J. Une approche ostéopathique de la grossesse. Rennes, 2006.
23. Dominique Jacquin. N'féraïdo modelaes accompagnant la physiologie.
<http://www.dominiquejacquin.com/nferaido/>

Annexes

Annexe I : Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 - Article 75, relative aux droits des malades et la qualité du système de santé

Annexe II : Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie

Annexe III : Questionnaire de l'étude

Annexe IV : Test d'accroupissement de Renzo Molinari

Annexe V : Arrêté du 12 décembre 2014, relatif à la formation en ostéopathie

Annexe 1

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- Titre III : Qualité du système de santé
- Chapitre III : Déontologie des professions et information des usagers du système de santé.
- Article 75
Modifié par Décret n°2011-390 du 12 avril 2011 - art. 1

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire.

S'il s'agit d'un diplôme délivré à l'étranger, il doit conférer à son titulaire une qualification reconnue analogue, selon des modalités fixées par décret.

Les praticiens en exercice, à la date d'application de la présente loi, peuvent se voir reconnaître le titre d'ostéopathe ou de chiropracteur s'ils satisfont à des conditions de formation ou d'expérience professionnelle analogues à celles des titulaires du diplôme mentionné au premier alinéa. Ces conditions sont déterminées par décret.

Dans des conditions précisées par décret, peuvent également bénéficier d'une reconnaissance du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur, si la condition de formation précitée est satisfaite, les personnes qui, dans l'année de la date de publication du décret, soit ont obtenu un diplôme sanctionnant une formation en ostéopathie ou en chiropraxie dispensée par un établissement non agréé, soit se sont inscrites en dernière année d'études dans un établissement non agréé dispensant une formation en ostéopathie ou en chiropraxie et ont obtenu leur diplôme, soit celles qui ne sont pas en exercice à la date de publication du décret mais qui ont obtenu un titre de formation en ostéopathie ou en chiropraxie au cours de l'une des cinq dernières années précédant cette date.

Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret. La Haute Autorité de santé est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques. Elle établit une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme mentionné au premier alinéa.

Un décret établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur sont autorisés à effectuer, ainsi que les conditions dans lesquelles il sont appelés à les accomplir.

Ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le directeur général de l'agence régionale de santé de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations.

Annexe II

Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie

Chapitre 1er : Actes autorisés.

Article 1

Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques.

Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé.

Article 2

Les praticiens mentionnés à l'article 1er sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences.

Article 3

I. - Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :

- Manipulations gynéco-obstétricales ;
- Touchers pelviens.

II. - Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :

- Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ;
- Manipulations du rachis cervical.

III. - Les dispositions prévues aux I et II du présent article ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel.

Chapitre 2 : Personnes autorisées à faire usage professionnel du titre d'ostéopathe

Section 1 : Titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie.

Article 4

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

- Aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins ;
- Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues par le décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 ;
- Aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé en application des articles 6 ou 16 du présent décret.

Article 5

L'autorisation de faire usage professionnel du titre d'ostéopathe est subordonnée à l'enregistrement sans frais des diplômés, certificats, titres ou autorisations de ces professionnels auprès du directeur général de l'agence régionale de santé de leur résidence professionnelle. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent cette autorité.

Lors de l'enregistrement, ils doivent préciser la nature des études suivies ou des diplômes leur permettant l'usage du titre d'ostéopathe et, s'ils sont professionnels de santé, les diplômes d'Etat, titres, certificats ou autorisations mentionnés au présent décret dont ils sont également titulaires.

Il est établi, pour chaque département, par le directeur général de l'agence régionale de santé, une liste des praticiens habilités à faire un usage de ces titres, portée à la connaissance du public.

Section 2 : Ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Article 6

Le directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans le ressort de laquelle se situe le lieu d'établissement de l'intéressé peut, après avis de la commission régionale mentionnée à l'article 11, autoriser individuellement à user du titre d'ostéopathe les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui ont suivi avec succès un cycle d'études postsecondaires et qui, sans posséder l'un des diplômes prévus à l'article 4, sont titulaires :

- D'un titre de formation délivré par un Etat, membre ou partie, et requis par l'autorité compétente d'un Etat, membre ou partie, qui réglemente l'accès à cette activité professionnelle ou son exercice, et permettant d'exercer légalement celle-ci dans cet Etat ;
- Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un Etat, membre ou partie, qui ne réglemente pas l'accès à cette activité professionnelle ou son exercice, d'un titre de formation délivré par un Etat, membre ou partie, attestant de la préparation à l'exercice de cette activité professionnelle, accompagné d'une attestation justifiant, dans cet Etat, de son exercice à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années ou à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période. Cette condition n'est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette activité professionnelle est réglementée ;
- Ou d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement cette activité professionnelle.

La délivrance de l'autorisation d'usage professionnel du titre permet au bénéficiaire d'exercer l'ostéopathie dans les mêmes conditions que les personnes titulaires du diplôme mentionné au 2° de l'article 4.

Article 7

Le directeur général de l'agence régionale de santé compétent délivre l'autorisation d'usage professionnel du titre d'ostéopathe, au vu d'une demande accompagnée d'un dossier présenté selon les modalités fixées par l'arrêté mentionné à l'article 9.

Il accuse réception de la demande dans le délai d'un mois à compter de sa réception.

Le silence gardé par le directeur général de l'agence régionale de santé compétent, à l'expiration d'un délai de quatre mois à compter de la réception du dossier complet, vaut décision de rejet de la demande.

Article 8

La commission mentionnée à l'article 11 examine l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle de l'intéressé.

Lorsque la formation est inférieure d'au moins un an à celle du diplôme prévu à l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 susvisée ou lorsqu'elle porte sur des matières substantiellement différentes ou lorsqu'une ou plusieurs composantes de l'activité professionnelle dont l'exercice est subordonné au diplôme précité n'existent pas dans la profession correspondante dans l'Etat membre d'origine ou n'ont pas fait l'objet d'un enseignement dans cet Etat, la commission vérifie l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle de l'intéressé. Si celles-ci ne sont pas de nature à couvrir, en tout ou en partie, ces différences, la commission propose une mesure de compensation consistant soit en une épreuve d'aptitude, soit en un stage d'adaptation.

Le directeur général de l'agence régionale de santé compétent informe l'intéressé du contenu et de la durée des mesures de compensation envisagées et lui demande de se soumettre, à son choix, à l'une ou l'autre de ces mesures.

Article 8-1

L'épreuve d'aptitude a pour objet de vérifier au moyen d'épreuves écrites ou orales que l'intéressé fait preuve d'une connaissance appropriée des matières figurant au programme du titre de formation permettant l'exercice de l'activité professionnelle en France, qui ne lui ont pas été enseignées initialement ou qu'il n'a pas acquises au cours de son expérience professionnelle.

Le stage d'adaptation a pour objet de permettre à l'intéressé d'acquérir les connaissances définies à l'alinéa précédent. Il comprend un stage pratique effectué sous la responsabilité d'un professionnel qualifié, accompagné éventuellement d'une formation théorique complémentaire facultative. La durée du stage n'excède pas trois ans.

Le directeur général de l'agence régionale de santé compétent délivre l'autorisation d'usage professionnel du titre d'ostéopathe après accomplissement du stage d'adaptation ou au vu du résultat de l'épreuve d'aptitude.

Article 9

Sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé : la composition du dossier produit à l'appui de la demande d'autorisation ; la composition du jury de l'épreuve d'aptitude et les

modalités d'organisation de cette épreuve ; les modalités d'organisation et d'évaluation du stage d'adaptation ; les informations à fournir dans les états statistiques.

Sous-section 2 : Libre prestation de services

Article 10

L'ostéopathe, ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement l'activité d'ostéopathe dans un Etat, membre ou partie, peut exécuter en France des actes professionnels, de manière temporaire et occasionnelle, sans avoir à procéder à l'enregistrement mentionné à l'article 5.

Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation de services est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de sa durée, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité.

Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à l'activité professionnelle d'ostéopathe n'est pas réglementé dans l'Etat où il est établi, le prestataire de services doit justifier y avoir exercé pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes.

Article 10-1

La prestation de services est subordonnée à une déclaration préalable qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par l'arrêté mentionné à l'article 10-5. Elle est adressée, avant la première prestation de services, au directeur général de l'agence régionale de santé du ressort choisi par le prestataire.

Cette déclaration comporte des informations relatives à l'état civil, à la nationalité, à la légalité de l'établissement dans l'Etat membre d'origine ou de provenance, à l'absence d'interdiction, même temporaire, d'exercer, aux qualifications professionnelles, à l'assurance professionnelle et au lieu d'exécution de la première prestation de services ainsi que les pièces justificatives qui l'accompagnent.

Article 10-2

I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé compétent se prononce après avis de la commission mentionnée à l'article 11.

II. - Dans un délai d'un mois à compter de la réception de la déclaration, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent informe le prestataire, au vu de l'examen de son dossier :

- Soit qu'il peut débiter la prestation de services ;

- Soit qu'il ne peut pas débiter la prestation de services ;

- Soit, lorsque la vérification des qualifications professionnelles du prestataire met en évidence une différence substantielle avec la formation exigée en France, qu'il doit démontrer qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment en se soumettant à une épreuve d'aptitude. S'il satisfait à ce contrôle, il est informé dans le délai d'un mois qu'il peut débiter la prestation de services. Dans le cas contraire, il est informé qu'il ne peut pas débiter la prestation de services.

III. - Dans le même délai d'un mois à compter de la réception de la déclaration, lorsque l'examen du dossier met en évidence une difficulté nécessitant un complément d'informations, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent informe le prestataire des raisons du retard pris dans l'examen de son dossier. Il dispose alors d'un délai d'un mois pour obtenir

les compléments d'informations demandés. Dans ce cas, avant la fin du deuxième mois à compter de la réception de ces informations, le directeur général informe le prestataire, après réexamen de son dossier :

- Soit qu'il peut débiter la prestation de services ;
- Soit qu'il ne peut pas débiter la prestation de services ;
- Soit, lorsque la vérification des qualifications professionnelles du prestataire met en évidence une différence substantielle avec la formation exigée en France, qu'il doit démontrer qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment en se soumettant à une épreuve d'aptitude. S'il satisfait à ce contrôle, il est informé dans le délai d'un mois qu'il peut débiter la prestation de services. Dans le cas contraire, il est informé qu'il ne peut pas débiter la prestation de services.

IV. - En l'absence de réponse du directeur général de l'agence régionale de santé compétent dans les délais fixés aux II et III ci-dessus, la prestation de services peut débiter.

Article 10-3

Le directeur général de l'agence régionale de santé compétent enregistre le prestataire de services sur une liste particulière. Il adresse au demandeur un récépissé comportant son numéro d'enregistrement.

La déclaration est renouvelable tous les ans. En cas de changement de la situation du demandeur telle qu'établie par les documents joints, il déclare ces modifications et fournit, le cas échéant, les pièces fixées par l'arrêté mentionné à l'article 10-5.

Article 10-4

Le prestataire de services est soumis aux conditions d'exercice de l'activité professionnelle ainsi qu'aux règles professionnelles applicables en France.

La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'Etat d'établissement, de manière à éviter toute confusion avec le titre professionnel français. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français.

Article 10-5

Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé : le modèle de la déclaration ainsi que la liste des pièces justificatives ; les informations à fournir dans les états statistiques.

Sous-section 3 : Dispositions communes

Article 11

I. - Dans chaque région, la commission des ostéopathes mentionnée aux articles 6,8 et 10-2 comprend : le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, président ; un médecin ; un masseur-kinésithérapeute ; deux ostéopathes, dont un enseignant.

Un arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé nomme, pour une durée de cinq ans renouvelable, les membres titulaires et suppléants mentionnés aux 2° à 4°.

II. - L'agence régionale de santé assure le secrétariat de la commission. Les frais de déplacements et de séjour de ses membres sont pris en charge dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat

Article 12

Le praticien, lors de la délivrance de l'autorisation d'usage du titre ou de la déclaration de prestation de services, doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle et celles relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France.

En cas de doute sur les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent vérifie le caractère suffisant de la maîtrise de la langue française par le demandeur.

Article 13

Le praticien habilité à faire usage du titre d'ostéopathe peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'Etat qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il a été obtenu.

Dans le cas où le titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire que le professionnel n'a pas suivie, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent peut décider que l'intéressé fera état du titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'il lui indique.

Section 3 : Dispositions diverses.

Article 14

Les praticiens autorisés à faire usage du titre d'ostéopathe doivent indiquer, sur leur plaque et tout document, leur diplôme et, s'ils sont professionnels de santé en exercice, les diplômes d'Etat, titres, certificats ou autorisations professionnelles dont ils sont également titulaires.

Article 15

Le fait pour une personne non autorisée de pratiquer les manipulations et mobilisations mentionnées à l'article 1er est passible de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe.

Cette sanction n'est pas applicable aux médecins et aux autres professionnels de santé habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé lorsqu'ils agissent dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel.

Chapitre 3 : Mesures transitoires.

Article 16

I. - A titre transitoire et par dérogation aux dispositions de l'article 4, l'autorisation d'usage du titre professionnel d'ostéopathe est délivrée après avis de la commission mentionnée au II :

- Par le préfet de région du lieu d'exercice de leur activité, aux praticiens en exercice à la date de publication du présent décret justifiant de conditions de formation équivalentes à celles prévues à l'article 2 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 visé ci-dessus ou attestant d'une

expérience professionnelle dans le domaine de l'ostéopathie d'au moins cinq années consécutives et continues au cours des huit dernières années.

Si aucune de ces deux conditions n'est remplie, la commission peut proposer des dispenses de formation en fonction de la formation initialement suivie.

- Par le préfet de région du siège d'implantation de l'établissement ayant assuré la formation, aux personnes justifiant de conditions de formation équivalentes à celles prévues à l'article 2 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 et qui ont suivi :

a) Soit une formation en ostéopathie attestée par un titre de formation délivré en 2007 par un établissement non agréé ou un titre de formation délivré au cours de l'une des cinq années précédentes par un établissement agréé ou ayant présenté une demande d'agrément dans les conditions prévues à l'article 10 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 visé ci-dessus ;

b) Soit une formation en ostéopathie attestée par un titre de formation délivré en 2008 par un établissement non agréé.

La commission peut, le cas échéant, proposer des dispenses de formation en fonction de la formation initialement suivie.

II. - La commission mentionnée au I est présidée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant. Elle comprend quatre personnalités qualifiées titulaires et quatre personnalités qualifiées suppléantes nommées par le préfet de région choisies en raison de leurs compétences dans les domaines de la formation et de leur expérience professionnelle en santé et en ostéopathie. Ses membres sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable une fois.

La commission se réunit dans les conditions fixées par le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement des commissions consultatives à caractère consultatif.

Les frais de déplacements et de séjour de ses membres sont pris en charge dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat.

Article 17

Les praticiens en exercice à la date de publication du présent décret qui souhaitent bénéficier de l'autorisation mentionnée à l'article 16 en formulent la demande auprès du préfet de région. L'autorité administrative, saisie avant le 31 mars 2009, statue dans un délai de quatre mois à compter de la date de réception de la demande d'autorisation réputée complète. Pour bénéficier des dispositions du a du 2° du I de l'article 16, les personnes concernées déposent un dossier de demande d'autorisation avant le 31 décembre 2007 qui doit faire l'objet d'une décision avant le 31 décembre 2008.

A défaut d'une décision dans ces délais, la demande est réputée rejetée.

La composition du dossier de demande d'autorisation est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Ce dossier comporte notamment tous les éléments concernant la formation suivie ou l'expérience en ostéopathie.

A la réception du dossier complet, il est délivré à l'intéressé un récépissé destiné à l'enregistrement provisoire du titre d'ostéopathe. Cet enregistrement ouvre droit à l'usage temporaire du titre d'ostéopathe jusqu'à la décision du représentant de l'Etat.

Pour bénéficier des dispositions du b du 2° du I de l'article 16, les personnes concernées déposent un dossier de demande d'autorisation dans les deux mois suivant l'obtention de leur titre de formation.

Article 19

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Par le Premier ministre : Dominique de Villepin

Le ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand

Le ministre de l'outre-mer, François Baroin

Ostéopathie et grossesse

Renseignements vous concernant : entourez la(ou les) bonne(s) réponse(s)

❖ Avant la grossesse :

- Pratiquez-vous du sport ? oui
non
- Si oui, Quel type de sport ?
- A quelle fréquence ?
- Avez-vous une activité professionnelle ? oui
non
- Si oui, laquelle ?
- Avez-vous déjà consulté un ostéopathe ? oui
non
- Si oui, Pour une grossesse antérieure ? oui non
- Pour quel motif ?
- A quelle fréquence ?

❖ Pendant la grossesse :

- Avez-vous continué votre activité sportive ? oui non
Si oui, A quelle fréquence ?
- Jusqu'à quel moment ?
- Avez-vous continué votre activité professionnelle ? oui non
Si oui, Jusqu'à quel moment ?

❖ Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ? oui

non

Si oui, de quel type :

- sophrologie - préparation en piscine
- yoga - chant prénatal
- haptonomie - autre :

❖ Avez-vous entendu parler du massage du périnée ? oui

non

Si oui, L'avez-vous pratiqué ? oui

non

Ostéopathie : entourez la(ou les) bonne(s) réponse(s)

❖ Avez-vous vu un ostéopathe durant votre grossesse ? oui

non

Si oui :

- pour quel motif ?
- à quelle fréquence ? 1 fois 2, 3 fois plusieurs fois
- à quel moment ? 1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre 3^e trimestre
9^{ème} mois
- quels bénéfices en avez-vous perçu ?

❖ Avez-vous déjà entendu parler d'une préparation du corps à l'accouchement par l'ostéopathie ? oui non

Si oui, Par qui ? gynécologue sage-femme ostéopathe autre
(internet)

❖ Est-ce que ce type de préparation vous intéresserait-il pour une future grossesse ?

oui non peut-être

Si oui, Pour quel motif ?

Annexe IV

Test d'accroupissement de Renzo Molinari

HORIZONS expériences

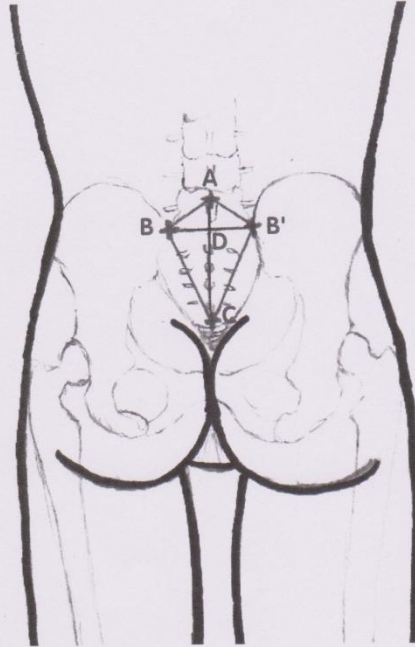


Schéma du losange de Michaelis

A : L5. Renzo Molinari insiste sur le positionnement en L5 et non en L3 comme cela a pu être décrit dans certaines revues de médecine.

B et B' : épinos iliaques postéro supérieures

C : hiatus sacré

D : intersection des deux lignes

Le losange de Michaelis pour évaluer la dysfonction

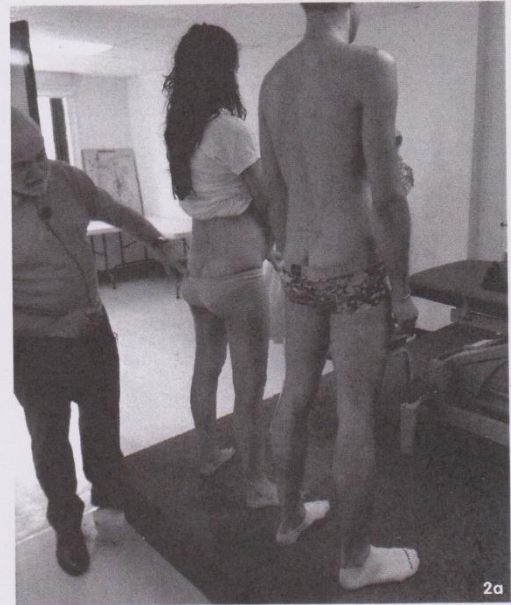
Le losange est normalement régulier et symétrique. Son asymétrie doit attirer l'attention sur une éventuelle déformation ou inclinaison du pelvis. Un axe transversal égal ou inférieur à 9 cm témoigne d'un bassin étroit. Le « triangle de Michaelis » correspond à la partie basse du losange. Ce test est aujourd'hui délaissé depuis l'avènement de la pelvimétrie. Il est toutefois encore utile dans les pays en développement comme le montre l'étude clinique en obstétrique réalisée à Yaoundé et publiée dans la Revue Médicale Suisse en août 2006. Sa principale conclusion prouve qu'en considérant à risque les femmes ayant un diamètre transverse de Michaelis inférieur ou égal à 9, la valeur prédictive positive est de 48 %.

Voici quelques échelles de grandeurs d'analyse quantitative (voir photo et schéma 2a et b) :

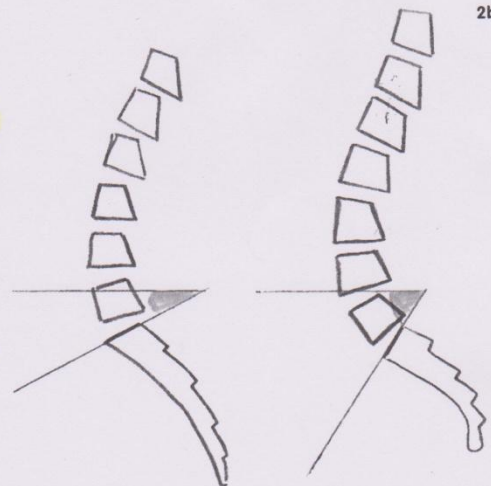
- La distance entre les EIPS (B et B') doit être supérieure ou égale à 8 cm.
- La petite verticale entre D et A doit être supérieure ou égale à 4 cm.
- La grande verticale entre D et C doit être supérieure ou égale à 8 cm.
- La longueur de la ligne horizontale permet d'évaluer la capacité latérale du bassin. La petite et la grande verticale permettent d'évaluer la proéminence de l'angle lombo-sacré en avant.

- Plus la verticale est raccourcie plus la pente sacrée est forte ce qui diminue le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Voir photo et schéma 2a et 2b ci-dessous.



2a



2b

Analyse quantitative

Rappel sur la mécanique obstétricale

Lors de l'accouchement, deux phases vont se dérouler successivement pour permettre la descente du bébé puis son expulsion. Les mouvements de nutation, contre nutation du sacrum entre les iliaques lors de ces différentes phases de l'accouchement.

ment sont décrits dans la théorie de Faraboeuf. Ces mouvements sont définis par rapport à l'axe transverse du sacrum. L'axe transverse se trouvant dans la partie supérieure du sacrum (et non au milieu) un faible déplacement de l'extrémité supérieure : le promontoire sacré, entraîne un fort déplacement de l'extrémité inférieure du sacrum et du coccyx.

Lors de la première phase de l'accouchement le sacrum doit effectuer une **contre nutation** : l'extrémité du coccyx va en avant. Ceci provoque une ouverture du détroit supérieur par bascule postérieure du promontoire sacré. Dans un plan frontal, on constate également une ouverture du détroit supérieur par écartement des ailes iliaques et donc fermeture du détroit inférieur par rapprochement des ischions. Cette phase permet la descente du mobile fœtal dans le bassin. En mécanique obstétricale, on parle de mobile fœtal, car le fœtus relié au placenta par son cordon est relativement mobile dans la cavité utérine. Il va pouvoir progresser au travers de la filière pelvienne sous l'influence des contractions utérines. La descente du mobile fœtale est facilitée par une hyper extension des cuisses, colonne immobile.

Lors de la seconde phase de l'accouchement, le sacrum doit effectuer une **nutation** : l'extrémité du coccyx va en arrière. On constate alors une diminution du diamètre antéro-postérieur

du détroit supérieur par bascule en avant du promontoire sacré. Cela entraîne une augmentation du diamètre antéro-postérieur de détroit inférieur par éloignement de l'extrémité sacrée et du coccyx. Dans un plan frontal, le détroit inférieur s'élargit par rapprochement des ailes iliaques et écartement des ischions. Ce mouvement est favorisé par l'hyper flexion des jambes.

Importance du centrage de la coxo-fémorale

Renzo Molinari rappelle notamment l'importance du centrage des coxo-fémorales dans le mouvement d'ouverture des ailes iliaques lors de la 1^{re} phase de l'accouchement. C'est très important parce que ce centrage permet la version inversion des iliaques et ainsi potentialise l'ouverture-fermeture des détroits. Le centrage joue aussi un rôle fondamental dans la qualité de l'apport sanguin et le drainage du bassin. De plus, toute l'action de guidage en rotation de la tête du fœtus dépend de la qualité de certains muscles qui ont un rapport direct avec la coxo-fémorale (pyramidal, obturateur interne, releveur de l'anus, etc.). Pour la seconde phase, les muscles doivent avoir un tonus de repos et d'activité corrects pour pouvoir guider efficacement la tête du bébé. Ils ne sont pas relâchés et, au contraire, c'est leur contraction qui guide et mobilise la tête.

Cinq questions à Renzo Molinari

Vous avez expérimenté ce test sur de nombreuses patientes, quelle est selon vous sa valeur prédictive ?

J'ai expérimenté ce test sur plusieurs milliers de patientes. J'observe une corrélation avec les autres tests spécifiques de hanche, de fonction lombo-pelvienne, etc. Sa valeur diagnostique est donc pour moi indéniable. Mais l'avantage majeur du test est sa valeur pronostique. Si le test est bien réalisé, talons au sol et descente lente, il détermine si la fonction lombo-pelvienne permettra un bon engagement, une bonne descente dans l'excavation et une bonne expulsion. Les restrictions de mobilité permettent de visualiser les difficultés potentielles aux passages de différents détroits.

Quelles sont les erreurs à ne pas commettre à la fois dans la réalisation et l'interprétation de ce test ?

Le test perd toute sa valeur si le positionnement de la patiente n'est pas correct : pieds à l'aplomb des hanches et talons au contact du sol tout au long du test. Il est nettement préférable de palper les points de repère plutôt que de seulement les observer.

À quel moment de la grossesse effectuez-vous ce test ?

Ce test peut être utilisé sur les jeunes femmes qui veulent être enceintes. Il permet d'envisager le type de traitement à mettre en place ainsi que les mesures de prophylaxie idéales (yoga, étirements, etc.). Il peut être utilisé à différents moments de la grossesse du fait de sa valeur diagnostique et prédictive.

Les patientes peuvent-elles pratiquer ce test chez elle afin de se préparer l'accouchement ?

Non, car le test n'est valable que réalisé par un ostéopathe qui sait l'interpréter. Par contre, il est possible de mettre en place des exercices d'étirement basés sur ce test (en rajoutant des phases respiratoires, etc.)

Dans le cas où les patientes ne présentent pas de symptomatologie particulière, quel protocole de prise en charge ostéopathique proposez-vous dans le cadre de la préparation à l'accouchement ?

Pour moi, la symptomatologie n'est pas la motivation des traitements. L'ostéopathie est une approche globale de la santé et à ce titre elle a sa place comme système de préparation à la naissance. Je suis la grossesse en général en voyant les patientes chaque mois et au minimum à 12, 18, 24, 32 et 38 semaines pour les amener à leur optimum biomécanique, émotionnel, etc. Et ainsi permettre un meilleur pronostic de naissance.

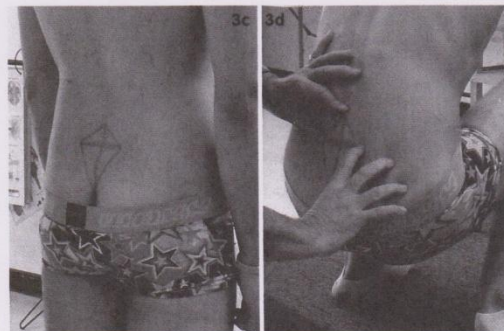
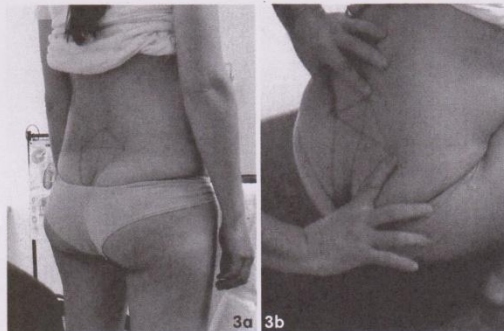
Bien sûr, en présence d'une symptomatologie, il faut y faire face. Mais en général, les symptômes durant la grossesse sont des signes avant-coureurs de potentielles difficultés obstétricales. Il est donc possible de les prévenir avec nos traitements.

Ainsi, par rapport à cette analyse biomécanique de l'accouchement, comment est-il possible d'évaluer les capacités biomécaniques du bassin de la future mère ?

Renzo Molinari propose un test basé sur l'adaptation du losange de Michaelis. Il s'agit d'observer l'évolution de la déformation du triangle de Michaelis pendant l'accroupissement, talons au sol. Il faut au préalable dessiner au feutre le losange. Au cours de la 1^{re} phase du test, la patiente doit tourner sur ses hanches et pointer les fesses en arrière. Ceci entraîne une mise en tension du fascia thoraco lombaire entraînant une délordose lombaire et une rotation du bassin qui commence. La 2^{de} phase du test consiste au mouvement d'accroupissement à la fin duquel, il y a une « chute » relative du sacrum entre les iliaques. Si ce test s'effectue sans difficulté, la fonction lombo pelvienne est parfaite. Si la phase finale de ce test est difficile, cela signifie que le plancher mou ou le coccyx posent problème.

Analyse dynamique du losange et interprétation ostéopathique

Lors de l'accroupissement, toutes les distances doivent grandir formant un losange plus grand, mais toujours équilibré dans ses proportions (voir photos 3a, b, c et d). Si le losange s'allonge en hauteur et se rétrécit en largeur cela signe une composante masculine androgyne. C'est un bassin qui manque de largeur indiquant que la phase de descente fœtale sera compliquée.

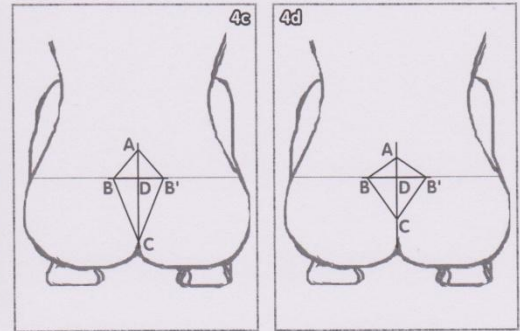
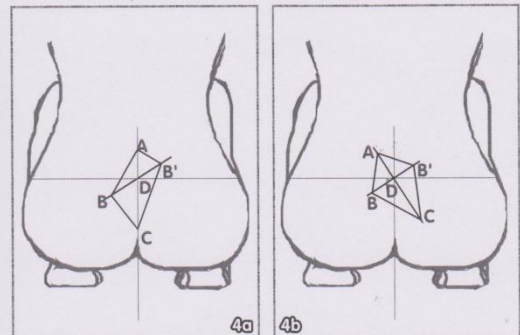


Analyse dynamique du losange de Michaelis pendant la phase d'accroupissement. Différences homme/femme

D'autres hypothèses peuvent se dégager par l'analyse des observations des déformations et orientations du losange au cours de la phase d'accroupissement :

- Si le losange perd son horizontalité : cela signe une tension du bassin du côté de l'épine iliaque antéro supérieure qui reste haute (schéma 4a).
- Si le losange fait une rotation, plane sans se déformer : il y a une restriction de mobilité d'une hanche ou d'un genou. La pointe inférieure du losange s'oriente alors vers le côté du membre inférieur en dysfonction (schéma 4b).
- Si le losange reste allongé sur sa grande verticale, mais se tasse sur sa petite verticale : il y a une dysfonction de L5 en extension (schéma 4c).
- Si le losange se rétrécit sur toute sa verticale : cela indique que le bassin est bloqué en nutation (schéma 4d).

Pour Renzo Molinari, ce test est prédictif des difficultés spécifiques que la patiente rencontrera lors de l'accouchement : difficultés lors de l'engagement du bébé dans le détroit si la première phase d'accroupissement est problématique, difficultés lors de l'expulsion si la deuxième phase de l'accroupissement est compliquée. Ce test permet donc d'orienter la prise en charge ostéopathique en travaillant spécifiquement les zones en restrictions qui empêchent la libre mécanique du bassin nécessaire à l'accroupissement, et donc à l'accouchement.



Analyse des déformations et orientations du losange de Michaelis pendant la phase d'accroupissement

Annexe V

Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de l'éducation ;

Vu la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 modifiée relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, notamment son article 75 ;

Vu le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 modifié relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie ;

Vu le décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 modifié relatif à la formation des ostéopathes ;

Vu le décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie ;

Vu le décret n° du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie ;

Vu l'arrêté du 25 mars 2007 modifié relatif à la formation en ostéopathie ;

Vu l'arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user du titre d'ostéopathe ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 12 novembre 2014,

Arrêtent :

Titre Ier : ACCÈS A LA FORMATION, DÉROULEMENT DE LA FORMATION ET DÉLIVRANCE DU DIPLÔME

Chapitre Ier : Accès à la formation

Article 1

Pour être admis à suivre la formation en ostéopathie, les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins au 31 décembre de l'année de leur entrée en formation et titulaires du baccalauréat ou d'un titre admis en équivalence.

Les élèves en classe de terminale peuvent présenter leur candidature. Leur admission définitive sera subordonnée à l'obtention du baccalauréat.

Les candidats sont sélectionnés sur la base d'un dossier comprenant les pièces suivantes :

- curriculum vitae ;
- lettre de motivation ;
- dossier scolaire avec résultats et appréciations ;
- attestations de travail le cas échéant ;
- copie du baccalauréat ou du titre admis en équivalence ;
- certificat de scolarité pour les candidats de terminale.

Les candidats retenus se présentent à un entretien visant à évaluer leur motivation et leurs aptitudes à suivre la formation sur la base du dossier.

Le directeur de l'établissement de formation est chargé d'organiser la sélection.

Chapitre II : Déroulement de la formation

Article 2

Les dates de la rentrée sont fixées par le directeur de l'établissement après avis du conseil pédagogique. Elles interviennent au plus tard le 1er octobre.

L'établissement n'organise pas de rentrée complémentaire en cours d'année académique

Article 3

La répartition des semaines d'enseignement et de stage est fixée par le directeur de l'établissement après avis du conseil pédagogique, conformément au référentiel de formation. Ces éléments sont communiqués aux étudiants au plus tard un mois après la date de la rentrée.

Article 4

Le référentiel d'activités et de compétences est fixé par l'annexe I.
La maquette de formation est fixée par l'annexe II.
Le référentiel de formation incluant les unités d'enseignement et le livret de stage sont fixés par les annexes III et IV.

Article 5

La présence lors des travaux dirigés et des périodes de formation pratique clinique est obligatoire. La présence à certains enseignements en cours magistral peut être obligatoire en fonction du projet pédagogique de l'école.

Article 6

L'acquisition des compétences en situation se fait progressivement au cours de la formation. Les établissements adoptent leurs modalités de contrôle des connaissances. Ces modalités sont présentées au conseil pédagogique en début d'année de formation et les étudiants en sont informés.
La validation de plusieurs unités d'enseignement peut être organisée lors d'une même épreuve, les notes relatives à chaque unité d'enseignement sont alors clairement identifiées.

Article 7

La compensation des notes s'opère entre deux unités d'enseignement d'un même domaine au sein d'une même année à condition qu'aucune des notes obtenues par le candidat ne soit inférieure à huit sur vingt.
Les unités d'enseignement des domaines « 4. - ostéopathie : fondements et modèles », « 5.- pratique ostéopathique » et « 7.- développement des compétences de l'ostéopathe » ne donnent jamais lieu à compensation.

Article 8

Les enseignements donnent lieu à deux sessions d'examen. Un délai minimal d'un mois est respecté entre les deux sessions. La deuxième session se déroule avant le début de l'année suivante.
Lorsqu'une unité d'enseignement a été présentée aux deux sessions, la meilleure note est retenue.
En cas d'absence à une épreuve évaluant les unités d'enseignement, les étudiants sont admis à se présenter à la deuxième session. Dans le cas d'une deuxième absence, l'étudiant est considéré comme n'ayant pas validé l'unité.

Article 9

La progression de l'étudiant au cours de la formation pratique clinique est appréciée à partir du livret de stage dont le modèle est défini à l'annexe IV. Le livret de stage comporte des éléments inscrits par l'étudiant, le maître de stage et le formateur référent de la formation pratique clinique de l'école.
A l'issue de chaque période de formation pratique clinique, les responsables de l'encadrement

évaluent les acquisitions des éléments de chacune des compétences sur la base des critères notifiés dans le livret de stage.

Article 10

Les stages font l'objet d'une convention entre le directeur de l'établissement et le responsable de la structure accueillant le stagiaire. Cette convention précise les modalités d'organisation et de déroulement des stages, ainsi que les conditions de réparation et d'assurance des éventuels dommages causés par le stagiaire ou subis par lui durant le stage. Elle est établie conformément au modèle prévue en annexe V.

Article 11

Les périodes de formation pratique clinique sont validées par la commission de validation des unités de formation et des compétences professionnelles, au vu du livret de stage et de l'évaluation réalisée par les responsables de l'encadrement.

Article 12

Le passage de première en deuxième année s'effectue par la validation au minimum de 80 % des unités d'enseignement de la première année.
Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères et qui ont validé au minimum 50 % des unités d'enseignement sont admis à redoubler.
Les étudiants qui ont validé moins de 50 % des unités d'enseignement peuvent être autorisés à redoubler par le directeur de l'établissement après avis du conseil pédagogique.
Dans le cas contraire, ces étudiants sont exclus de la formation.
Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des unités d'enseignement validées.

Article 13

Le passage de deuxième année en troisième année s'effectue par la validation de la totalité des unités d'enseignement de la première année et la validation d'au moins 80 % des unités d'enseignement de la deuxième année.
Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères et qui ont obtenu la validation de la première année et d'au moins 50 % des unités d'enseignement de deuxième année sont autorisés à redoubler.
Les étudiants qui n'ont pas obtenu la validation de la première année ou qui ont validé moins de 50 % des unités d'enseignement de deuxième année peuvent être autorisés à redoubler par le directeur de l'établissement après avis du conseil pédagogique.
Dans le cas contraire, ces étudiants sont exclus de la formation.
Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des unités d'enseignement validées.

Article 14

Le passage de troisième année en quatrième année s'effectue par la validation de la totalité des unités d'enseignement et de la formation pratique clinique des trois premières années.
Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères et qui ont obtenu la validation de la deuxième année et d'au moins 50 % des unités d'enseignement de troisième année sont autorisés à redoubler.
Les étudiants qui n'ont pas obtenu la validation de la deuxième année ou qui ont validé moins de 50 % des unités d'enseignement de troisième année peuvent être autorisés à redoubler par le directeur de l'établissement après avis du conseil pédagogique.
Dans le cas contraire, ces étudiants sont exclus de la formation.
Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des unités d'enseignement validées.

Article 15

Le passage de quatrième année en cinquième année s'effectue par la validation d'au moins 80% des unités d'enseignement de la quatrième année et par la validation de la formation pratique clinique de la quatrième année.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères et qui ont obtenu la validation d'au moins 50 % des unités d'enseignement de quatrième année sont autorisés à redoubler.

Les étudiants qui ont validé moins de 50 % des unités d'enseignement de quatrième année peuvent être autorisés à redoubler par le directeur de l'établissement après avis du conseil pédagogique.

Dans le cas contraire, ces étudiants sont exclus de la formation.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des unités d'enseignement validées.

Chapitre III : Délivrance du diplôme

Article 16

En fin de cinquième année, le diplôme d'ostéopathe est délivré aux étudiants ayant validé l'ensemble des unités d'enseignement dont le mémoire, les cent cinquante consultations complètes et l'ensemble des compétences en formation pratique clinique.

Les étudiants qui ne remplissent pas ces critères et qui ont obtenu la validation d'au moins 50 % des unités d'enseignement de cinquième année sont autorisés à redoubler.

Les étudiants qui ont validé moins de 50 % des unités d'enseignement de cinquième année peuvent être autorisés à redoubler par le directeur de l'établissement après avis du conseil pédagogique.

Dans le cas contraire, ces étudiants sont exclus de la formation.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des unités d'enseignement validées.

Titre II : INSTANCES DE GOUVERNANCE

Chapitre Ier : Le conseil scientifique

Article 17

Dans chaque établissement est constitué un conseil scientifique conformément au décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie.

Il est chargé de garantir la qualité scientifique de la formation. Il définit les grandes orientations du cursus de formation, dans le respect du référentiel national, en lien avec les évolutions scientifiques et professionnelles.

Il a un rôle de veille scientifique sur tout sujet relatif à l'ostéopathie. Il propose des thèmes de formation continue et de recherche.

Le conseil scientifique se réunit au moins une fois par an sur convocation du directeur de l'établissement.

Le compte rendu des séances est à la disposition de l'équipe pédagogique et des étudiants.

Chapitre II : Le conseil pédagogique

Article 18

Un conseil pédagogique est constitué conformément au décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie.

Il se réunit au moins deux fois par an sur convocation du directeur de l'établissement qui le préside. Il peut également être réuni à la demande de deux tiers de ses membres.

La première réunion du conseil pédagogique doit avoir lieu dans le trimestre qui suit le début de chaque année de formation.

Il ne peut siéger que si au minimum deux tiers de ses membres sont présents. Si le quorum

requis n'est pas atteint, la réunion est reportée dans un délai maximum de quinze jours. Le conseil peut alors valablement délibérer quel que soit le nombre de présents.

L'ensemble de ses membres a voix délibérative.

Le directeur fait assurer le secrétariat des réunions. Un compte rendu est adressé à l'ensemble de ses membres.

Article 19

Le conseil pédagogique est notamment consulté pour avis sur :

1° Le projet pédagogique de chaque année de formation : les objectifs de formation, les modalités de contrôle des connaissances, l'organisation générale des études, et notamment la date de rentrée de chaque année de formation, la qualification des intervenants, les méthodes et les moyens pédagogiques, le suivi et l'encadrement des étudiants, la planification des enseignements, des périodes de formation pratique clinique et des congés, le calendrier des épreuves de contrôle des connaissances ;

2° Le règlement intérieur ;

3° L'effectif des différentes catégories de personnels, en précisant pour les personnels enseignants permanents la nature et la durée de leurs interventions ;

4° L'utilisation des locaux et du matériel pédagogique ;

5° Le rapport annuel d'activité pédagogique ;

6° Les situations individuelles :

a) des étudiants en difficulté pédagogique, en lien ou non avec des absences justifiées : le conseil peut alors proposer un soutien particulier, susceptible de lever les difficultés, sans allongement de la formation ;

b) des étudiants sollicitant un redoublement, dans le cas où l'avis du conseil est requis pour l'examen de cette demande ;

c) des étudiants sollicitant une reprise de la formation après une interruption supérieure à un an ;

d) des étudiants sollicitant le bénéfice d'une dispense de scolarité.

Pour les situations énumérées au 6°, les membres du conseil reçoivent communication du dossier de l'étudiant, accompagné d'un rapport motivé du directeur, au moins quinze jours avant la réunion de ce conseil.

L'étudiant reçoit communication de son dossier dans les mêmes conditions que les membres du conseil.

Le conseil pédagogique entend l'étudiant, qui peut être assisté d'une personne de son choix.

L'étudiant présente devant le conseil pédagogique des observations écrites ou orales. Dans le cas où l'étudiant est dans l'impossibilité d'être présent et qu'il n'a pas communiqué d'observations écrites, le conseil examine sa situation.

Toutefois, le conseil peut décider à la majorité des membres présents de renvoyer à la demande de l'étudiant l'examen de sa situation à une nouvelle réunion. Un tel report n'est possible qu'une seule fois.

La décision prise par le directeur de l'établissement est notifiée par écrit à l'étudiant et dûment motivée, dans un délai maximal de cinq jours après la réunion du conseil pédagogique. Elle figure dans son dossier pédagogique.

Le directeur de l'établissement rend compte de ses décisions lors de la réunion suivante du conseil pédagogique.

Article 20

L'avis du conseil pédagogique fait l'objet d'un vote à bulletin secret pour l'examen des situations individuelles et d'un vote à main levée ou à bulletin secret à la demande d'au moins un tiers des membres du conseil pour les autres avis formulés par le conseil.

En cas d'égalité de voix pour l'examen d'une situation individuelle, l'avis est réputé favorable à l'étudiant. Pour toute autre question, la voix du président est prépondérante.

Article 21

Le directeur peut, sans consultation du conseil pédagogique, avertir l'étudiant sur sa situation pédagogique. Dans ce cas, l'étudiant reçoit préalablement communication de son dossier. Il est

entendu par le directeur de l'établissement et peut se faire assister d'une personne de son choix.
Cette décision motivée est notifiée par écrit à l'étudiant et figure dans son dossier pédagogique.

Article 22

Les membres du conseil sont tenus au secret à l'égard des informations dont ils ont connaissance au cours des réunions du conseil concernant la situation d'étudiants.

Chapitre III : Le conseil de discipline

Article 23

Le conseil de discipline est constitué par le directeur de l'établissement en début de chaque année de formation lors de la première réunion du conseil pédagogique.
Il comprend au moins un représentant des étudiants, un représentant des enseignants et un représentant des tuteurs de stage qui siègent au conseil pédagogique.
Le directeur de l'établissement n'est pas membre du conseil de discipline.
Le conseil de discipline émet un avis sur les fautes disciplinaires. L'ensemble de ses membres a voix délibérative.
Les membres du conseil sont tenus au secret à l'égard des informations concernant les étudiants dont ils ont connaissance au cours des réunions.

Article 24

La saisine du conseil de discipline par le directeur de l'établissement est motivée par l'exposé du ou des faits reprochés à l'étudiant. Cet exposé est adressé aux membres du conseil en même temps que la convocation.
Le conseil ne peut siéger que si les deux tiers de ses membres sont présents.
Si le quorum requis n'est pas atteint, la réunion est reportée. Les membres du conseil sont à nouveau convoqués dans un délai maximum de quinze jours. Le conseil peut alors valablement délibérer, quel que soit le nombre de présents.

Article 25

L'étudiant reçoit communication de son dossier à la date de saisine du conseil de discipline. L'étudiant présente devant le conseil de discipline des observations écrites ou orales. Il peut être assisté d'une personne de son choix.
Dans le cas où l'étudiant est dans l'impossibilité d'être présent et qu'il n'a pas communiqué d'observations écrites, le conseil examine sa situation. Toutefois, le conseil peut décider à la majorité des membres présents de renvoyer à la demande de l'étudiant l'examen de sa situation à une nouvelle réunion. Un tel report n'est possible qu'une seule fois.
Des témoins peuvent être entendus à la demande de l'étudiant, du directeur de l'établissement ou de la majorité des membres du conseil.

Article 26

Le conseil exprime son avis à la suite d'un vote à bulletin secret.
Il peut proposer les sanctions suivantes : avertissement, blâme, exclusion temporaire ou exclusion définitive de l'étudiant.
En cas d'égalité des voix, l'avis est réputé favorable à l'étudiant.
La sanction est prononcée de façon dûment motivée par le directeur de l'établissement. Elle est notifiée par écrit à l'étudiant, dans un délai maximal de cinq jours après la réunion du conseil de discipline.

Article 27

L'avertissement peut être prononcé par le directeur sans consultation du conseil de discipline. Dans ce cas, l'étudiant reçoit préalablement communication de son dossier. Il est entendu par le directeur de l'établissement et peut se faire assister d'une personne de son choix.

Chapitre IV : La commission de validation des unités de formation et des compétences professionnelles

Article 28

Une commission de validation des unités de formation et des compétences professionnelles est mise en place, conformément au décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie, sous la responsabilité du directeur de l'établissement qui la convoque et la préside.

Elle se réunit au minimum à la fin de chaque année scolaire.

Elle examine les résultats des étudiants aux épreuves de contrôle continu des différentes unités d'enseignement et les évaluations des périodes de formation pratique clinique et se prononce sur la validation des connaissances et des compétences professionnelles.

Titre III : DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 29

Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux étudiants entrant en première année de formation à compter de la rentrée de septembre 2015.

Les étudiants ayant entrepris leurs études avant cette date demeurent régis par les dispositions de l'arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie.

A titre transitoire, les étudiants mentionnés à l'alinéa précédent qui redoublent ou ont interrompu leur formation voient leur situation examinée par le conseil pédagogique.

Article 30

Les articles 1 à 5 de l'arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie sont abrogés à compter du 30 juin 2017 pour les établissements agréés dispensant antérieurement à la publication du présent arrêté une formation en trois ans, à compter du 30 juin 2018 pour les établissements agréés dispensant antérieurement à la publication du présent arrêté une formation en quatre ans, et à compter du 30 juin 2019 pour les établissements agréés dispensant antérieurement à la publication du présent arrêté une formation en cinq ans.

Article 31

L'article 9 de l'arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie est abrogé.

Article 32

Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 12 décembre 2014.

Glossaire

- D.O. : Diplôme d'Ostéopathe
- PCS : nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles
- INSEE : Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques
- IMC : Indice de Masse Corporel
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- Péri : Anesthésie par péridurale
- Rachi : Rachianesthésie
- LA : Liquide amniotique
- DEE : Durée des efforts expulsifs
- AG : Anesthésie générale
- DN : Délivrance naturelle
- DD : Délivrance dirigée
- DA : Délivrance Artificielle
- RCF : Rythme cardiaque fœtal
- NONR : Normo-oscillant, normo-réactif
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- HAS : Haute Autorité de Santé

Résumé

Quatre français sur dix ont déjà consulté des médecines dites non conventionnelles comme l'ostéopathie.

En obstétrique, en réponse aux demandes du public et des professionnels de santé du "retour au naturel" l'ostéopathie peut apporter des réponses.

L'objectif de cette étude est de s'intéresser à un lien possible entre l'ostéopathie et les modalités d'accouchement.

Pour y parvenir, une étude d'observation monocentrique rétrospective exposée-non exposés a été réalisée sur une durée de sept mois au Centre Hospitalier d'Aubagne. Peu de résultats significatifs ont pu être mis en évidence du fait du faible effectif de la population et des nombreux biais identifiés.

Cependant il est retrouvé chez les primipares une diminution du taux d'utilisation d'ocytocine ($p=0,06$) et chez les multipares un taux nul d'épisiotomies ($p=0,04$).

Dans la littérature, il est retrouvé des résultats en faveur de l'ostéopathie comme une diminution de la durée du travail et du taux d'extractions instrumentales.

Un traitement ostéopathique pendant la grossesse aurait donc tendance à influencer positivement le cours de la naissance.

Mots-clés : ostéopathie, obstétrique, grossesse, accouchement

Abstract

Four in ten French have already consulted with medicines called non-conventional and osteopathy.

In obstetrics, in response to public demands and health professionals "return to nature" osteopathy can provide answers.

The objective of this study is to look to a possible link between osteopathy and delivery modalities.

To achieve this, a retrospective single-center observational study exposed-unexposed was conducted over a period of seven months at the Centre Hospitalier d'Aubagne.

Few significant results have been highlighted because of the small size of the population and many biases identified.

However, it is found in primiparous a decrease in oxytocin use rate ($p = 0.06$) and in multiparous a zero rate of episiotomies ($p = 0.04$).

In the literature, it is found the results in favor of osteopathy as a reduction in working hours and the rate of instrumental delivery.

Osteopathic treatment during pregnancy would therefore tend to positively influence the course of the birth.

Keywords: osteopathy, obstetrics, pregnancy, childbirth